

REQUISIÇÃO DE ESTUDO GENÉTICO HEMATO-ONCOLOGIA

MÉDICO REQUISITANTE

NOME DO MÉDICO*

ORDEM DOS MÉDICOS Nº

INSTITUIÇÃO*

SERVIÇO

EMAIL*

TELEFONE

PAÍS

 INFORMAÇÃO DO DOENTE
(preencher ou colocar vinheta)

NOME*

DATA DE NASCIMENTO* (dd/mm/aaaa)

Nº PROCESSO CLÍNICO

EMAIL

TELEFONE

SEXO*

 feminino
 masculino

EM CASO DE EMISSÃO DE FATURA EM NOME DO DOENTE:

NIF

MORADA

CÓDIGO POSTAL

CIDADE

PAÍS

AMOSTRA*

 SANGUE PERIFÉRICO MEDULA ÓSSEA OUTRO

LOCAL DA COLHEITA

DATA E HORA DA COLHEITA (dd/mm/aaaa)

INFORMAÇÃO CLÍNICA

1. HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO

2. EM TERAPÊUTICA

 NÃO SIM

3. FOLLOW UP

 NÃO SIM

4. ESTUDOS ANTERIORES

 NÃO SIM

ESTUDO REQUISITADO*

ESTUDOS DE CITOGENÉTICA (colheita em heparina lítica)

- Cariótipo (culturas não estimuladas)
 Pesquisa de quebras cromossômicas
 Cariótipo constitucional (culturas estimuladas)

FISH, selecionar o(s) rearranjo(s) a pesquisar:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> del(5q31)/(5q33) | <input type="checkbox"/> cMYC (8q24) | <input type="checkbox"/> t(8;14) MYC/IGH |
| <input type="checkbox"/> del(6q21) | <input type="checkbox"/> FGFR1 (8p11) | <input type="checkbox"/> t(8;21) RUNX1/RUNX1T1 |
| <input type="checkbox"/> del(7q31)/-7 | <input type="checkbox"/> ATM del(11q22.3) | <input type="checkbox"/> t(9;22) BCR/ABL |
| <input type="checkbox"/> trissomia 8 | <input type="checkbox"/> KMT2A (11q23) | <input type="checkbox"/> t(11;14) IGH/CCND1 |
| <input type="checkbox"/> trissomia 12 | <input type="checkbox"/> IGH (14q32) | <input type="checkbox"/> t(11;18) API2/MALT1 |
| <input type="checkbox"/> del(13q14.3) | <input type="checkbox"/> p53 del(17p13.1) | <input type="checkbox"/> t(12;21) ETV6/RUNX1 |
| <input type="checkbox"/> del(13q34) | <input type="checkbox"/> RARA (17q21.2) | <input type="checkbox"/> t(14;16) IGH/MAF |
| <input type="checkbox"/> del(20q12) | <input type="checkbox"/> BCL2 (18q21) | <input type="checkbox"/> t(14;18) IGH/BCL2 |
| <input type="checkbox"/> KCS1B/CDKN2C (1q21.3/1p32.3) | <input type="checkbox"/> MALT1 (18q21) | <input type="checkbox"/> t(14;18) IGH/MALT1 |
| <input type="checkbox"/> BCL6 (3q27) | <input type="checkbox"/> ALK del(2p23);t(2;5) | <input type="checkbox"/> t(15;17) PML/RARA |
| <input type="checkbox"/> EGFR del(5q31) | <input type="checkbox"/> RPN1/MECOM (inv/t(3)) | <input type="checkbox"/> inv(16)/t(16;16) |
| <input type="checkbox"/> PDGFRB (5q32) | <input type="checkbox"/> t(4;14) IGH/FGFR3 | <input type="checkbox"/> t(17;22) COL1A1/PDGFRB |

Painéis FISH, selecionar o painel a pesquisar:

- OncoFISH para LLC – 4 sondas: 13q-, 11q-, 17p-, +12
 OncoFISH para LLC – 5 sondas: 13q-, 11q-, 17p-, +12, IGH
 OncoFISH para LMA – 7 sondas: t(15;17), inv(16), t(8;21), 11q-, 5q-, 7q-, BCL6
 OncoFISH para MM – 4 sondas: 13q-, 17p-, t(4;14), t(11;14)
 OncoFISH para SMD – 3 sondas: 5q-, 7q-, 20q-
 OncoFISH para SMD – 4 sondas: 5q-, 7q-, 20q-, cen8
 FISH LNH de grandes células B – t(14;18) e t(11;14)
 FISH LNH difuso de grandes células – t(14;18), t(8;14) e BCL6
 FISH LNH MALT – t(14;18) e t(11;18)

Para outras análises e requisitos de amostra consulte www.cgcgnetics.com

ESTUDOS DE BIOLOGIA MOLECULAR

Estudos Qualitativos

2 a 5 mL de SP/MO em PAXgene; em EDTA se entregue no laboratório em < 24h

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AML-ETO; t(8;21) | <input type="checkbox"/> FLT3 (ITDs e Mut. pontuais) |
| <input type="checkbox"/> BCL1-IGH; t(11;14) | <input type="checkbox"/> JAK2 (exão 12) |
| <input type="checkbox"/> BCL2-IGH; t(14;18) | <input type="checkbox"/> JAK2 (mutação V617F) |
| <input type="checkbox"/> BCR-ABL; t(9;22) | <input type="checkbox"/> MLL-AF4; t(4;11) |
| <input type="checkbox"/> CALR (exão 9) | <input type="checkbox"/> MPL (mutações W515L/K) |
| <input type="checkbox"/> CBFβ-MYH11; t(inv(16)) | <input type="checkbox"/> NPM1 |
| <input type="checkbox"/> CEBPA | <input type="checkbox"/> PML-RARα; t(15;17) |
| <input type="checkbox"/> E2A-PBX1; t(1;19) | <input type="checkbox"/> TEL-AML1; t(12;21) |
| <input type="checkbox"/> FIP1L1-PDGFRα; del(4)(q12) | |

Estudos Quantitativos

10 mL de SP em PAXgene; em EDTA se entregue no laboratório em < 24h

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BCR-ABL (p210) | <input type="checkbox"/> PML-RARα |
| <input type="checkbox"/> TEL-AML1 | <input type="checkbox"/> AML1/ETO |
| <input type="checkbox"/> CBFβ-MYH11 | |

Estudos Clonais

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IGH | <input type="checkbox"/> TCRB |
| <input type="checkbox"/> IGK | <input type="checkbox"/> TCRD |
| | <input type="checkbox"/> TCRG |

Outros estudos Hemato-Oncologia

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sequenciação BCR-ABL (resistência ao Imatinib) | <input type="checkbox"/> Sequenciação c-KIT |
| <input type="checkbox"/> BRAF (mutação V600) | <input type="checkbox"/> Quimerismo após TMO
Necessita de colheita de células bucais e SP |

Confirmando que (i) o doente (ou representante legal) consente a realização do teste e obtive o consentimento informado do mesmo, (ii) o consentimento informado do doente cumpre os requisitos obrigatórios por lei e que (iii) estou a facultar ao CGC Genetics toda a informação clínica indispensável à realização do teste.

Confirmando que (i) fui informado(a) sobre os benefícios, riscos e limitações do teste a realizar, (ii) coloquei todas as questões que considero pertinentes e entendi as explicações. Autorizo a realização do exame Genético requisitado e a utilização da amostra para este fim.

Concordo Não concordo

A amostra pode ser utilizada também para fins de
investigação científica.

Concordo Não concordo

ASSINATURA DO MÉDICO _____

(obrigatório)

Data: ____/____/____

ASSINATURA DO DOENTE _____

(a utilizar caso não exista outro consentimento informado)

Data: ____/____/____

